CZERWIEC
1936
R. I. — NR. 1

PRZEGLĄD STOMATOLOGICZNY

POZNAŃ ▪ WARSZAWA ▪ WILNO

ROK I CZERWIEC 1936 Nr. 1

Przegląd Stomatologiczny

MIESIĘCZNIK

PISMO POŚWIĘCONE WSZYSTKIM DZIAŁOM STOMATOLOGJI, ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM
ORGAN TOWARZYSTWA STOMATOLOGICZNEGO

WYDAWCA: TOWARZYSTWO STOMATOLOGICZNE

TREŚĆ NUMERU:

WARUNKI PRENUMERATY:
Rocznie 18 zł; kwartalnie 5 zł; pojedyńczy numer 2 zł.

Do Szanownych P. T. Czytelników

Pojawienie się nowego miesięcznika naukowo-zawodowego pod kierunkiem Komitetu Redakcyjnego, który przeszedł w pełnym składzie z Przeglądu Dentystycznego do pracy w Przeglądzie Stomatologicznym wymaga wyjaśnienia niektórych okoliczności.

Współpraca Komitetu w Przeglądzie Dentystycznym polegała na całkowitem powierzeniu spraw wydawniczych przez Komitet Wydawcy, darząc go pełnym zaufaniem. Przypadkowa różnica zapatrywań w sprawach redakcyjnych między wydawcą a Komitetem skłoniła wydawcę do wykorzystania ustawowo przewidzianych uprawnień do własności pisma. Komitet Redakcyjny, nie mogąc uzgodnić współpracy wydawniczej na terenie proponowanym przez Wydawcę, zrezygnował z drogi procesu sądowego do utrzymania dawnej nazwy pisma i wycofał się z Przeglądu Dentystycznego, tworząc nowe czasopismo

„PRZEGLĄD STOMATOLOGICZNY"

pod wydawnictwem Towarzystwa Stomatologicznego.

W czasie drukowania pierwszego numeru wydawca Przeglądu Dentystycznego wykorzystał materjał, przygotowany do druku przez dawny komitet Redakcyjny, nie zadawszy sobie nawet trudu dokonania ostatecznej korrekty, a co ciekawsze do nowo utworzonego Komitetu Redakcyjnego włączył dwóch naszych członków nietylko bez ich zgody, ale nawet bez zawiadomienia, a resztę „część dawnego Komitetu Redakcyjnego" jak pisze w odezwie „ustąpił"; nie wiemy tylko komu, gdyż o tem niestety wzmianki w odezwie niema.

Za zniekształcenia, spowodowane brakiem korrekty prac, wydrukowanych w Przeglądzie Dentystycznym 3—4 b. r. Komitet Redakcyjny, do którego prace były skierowane, Szan. P. P. Autorów serdecznie przeprasza i oświadcza gotowość ponownego wydrukowania ich w najbliższej przyszłości w Przeględzie Stomatologicznym.

Z powodu braku listy prenumeratorów, którą zatrzymał wydawca, komitet Redakcyjny prosi uprzejmie Szanownych P. P. Czytelników o nadsyłanie zgłoszeń prenumeraty, jako też zainteresowania propagandą naszego pisma jak najszerszych kół koleżeńskich.

Wpłacający prenumeratę półroczną na rok 1936 w kwocie 9 zł otrzymają zeszyt czerwcowy bezpłatnie.

Na żądanie wysyła się bezpłatnie numery okazowe.

Z poważaniem

Redakcja i Administracja
PRZEGLĄDU STOMATOLOGICZNEGO
Warszawa, Marszałkowska 48. Tel. 888-38
Konto P.K O. Nr. 19177

Klinika Ortodontyczna Akademji Stomatologicznej
Kierownik Doc. Dr. med. Marjan Zeńczak.

Adjunkt lek-dent. GRZYBOWSKA ANTONINA.

Profilaktyka ortodontyczna uzębienia mlecznego

Pojęcie ortodoncji streszczało się dawniej do umiejętności leczenia nieprawidłowości uzębienia. Obecne zapatrywania wysuwają na czołowe miejsce walkę z nieprawidłowościami w samym zaczątku, uznając, że jeśli ortodoncja ma być pożyteczną, to zadaniem jej jest przedewszystkiem niedopuszczanie do poważnych zmian w zgryzie stałym. To też główny punkt ciężkości przenosi się na profilaktykę i wczesne leczenie. Te dwa pojęcia pozostają ze sobą w ścisłej łączności. Profilaktyka opiera się na znajomości przyczyn, wpływających na powstanie nieprawidłowości, a wczesne leczenie — na rozpoznaniu i leczeniu schorzenia w początkowym jego okresie.

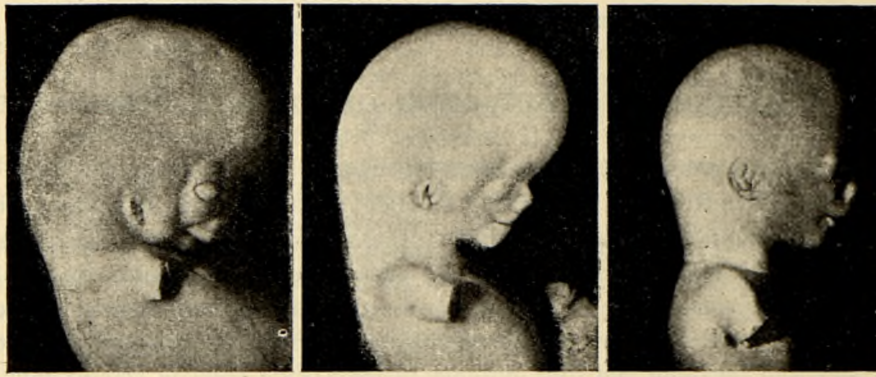
We wszystkich fazach rozwoju młodego organizmu znajdują się niebezpieczne momenty dla kształtującego się aparatu szczękowego. Szczęśliwy wynik dobrze uformowanego zgryzu zależy od wielu małoznaczących pozornie okoliczności. Szczegóły te dadzą się uchwycić przez dokładne obserwacje rozwoju szczęk i zębów, uwzględniając przytem grożące niebezpieczeństwa i wpływy patologiczne.

W najwcześniejszem stadjum rozwoju embrionalnego jama ustna i nosowa mają wspólną przestrzeń. W drugim miesiącu życia płodu przestrzeń zostaje rozdzielona przez poprzecznie wyrastające wyrostki podniebienne. Szczęka dolna rozrasta się równocześnie szybko ku przodowi, wdół i wszerz, pociągając za sobą język, który początkowo przylega do przegrody nosowej *(Pöltl)*. W okresie od 2—4 miesiąca ciąży niewspółmierny rozrost szczęki dolnej wytwarza progeniczny typ embrionu (progenja płodowa), a zmiana ta stoi w ścisłym związku z rozwojem szkieletu podniebienia.

W późniejszym okresie rozwoju, bliskim już porodu szczęka dolna znajduje się znów w tyle w stosunku do górnej.

Ustosunkowywanie się szczęki dolnej do górnej wykazuje w początkowym rozwoju znaczne różnice, uwarunkowane zmienną intensywnością wzrostową szczęki dolnej. Dopiero w 3—4 miesiącu po urodzeniu szczęka dolna osiąga właściwą jej wielkość. Czasami jednak żuchwa przekracza granicę wzrostu szczęki górnej, co zmusza wyrzynające się dolne siekacze do ustawienia się przed górnemi.

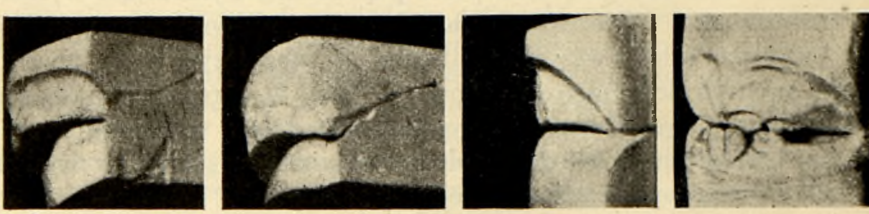
a *b* *c*



Rys. 1
Profile płodu *(A. M. Schwarz)*
a) 1—2 miesiąc, b) 2—4 miesiąc, c) 8—9 miesiąc

Stopień distalnego ułożenia żuchwy bezpośrednio po urodzeniu wynosi zazwyczaj 2—5 mm. Zdarzają się jednak przypadki, że dochodzi nawet do 12 mm. Im większy stopień distalnego ułożenia żuchwy u noworodka, tem większa zachodzi obawa, czy szczęka dolna zdąży wyrównać tę różnicę przed wytworzeniem się okkluzji zębów mlecznych.

a *b* *c* *d*



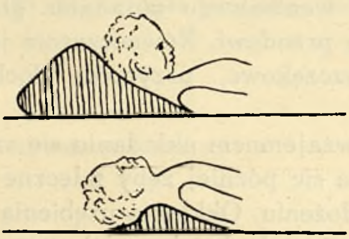
Rys 2.
Modele szczęk oseska.
a) noworodka b) 8 dni po urodzeniu, c) 4 miesiąc, d) po 1 roku
(Korkhaus)

W przypadku niewyrównania takowej zęby mleczne ustalają szczękę dolną w ułożeniu distalnem. Układowi cofniętej żuchwy oseska towarzyszy równocześnie występujące obniżenie części przedniej bezzębnego wyrostka w szczęce górnej, tworząc zbyt duży stopień

w okolicy późniejszych zębów siecznych. Wydłużenie przedniego odcinka wyrostka w szczęce górnej będzie pierwszym czynnikiem wrodzonym, wywołującym kształtowanie się tyłozgryzu czyli distalnego ułożenia żuchwy.

Normalnie przy zamknięciu szczęk noworodków brzeg sieczny szczęki górnej dotyka brzegu siecznego szczęki dolnej, a w okolicy zębów trzonowych chrząstkowe wyrostki zębodołowe pokrywają się szerokiemi płaszczyznami. Tak więc istnieje płaszczyźniany kontakt szczęki dolnej z górną. Stykanie się bezzębnych wyrostków oseska zostaje utrzymane i przy ruchach artykulacyjnych. Ruchom posuwistym poziomym towarzyszy ślizganie się brzegów wyrostka szczęki dolnej po wyrostku szczęki górnej.

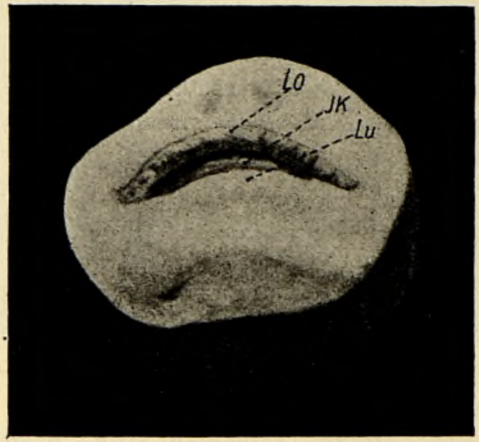
Już w tym okresie bezzębia t. j. w pierwszem półroczu życia dziecka zjawiają się czynniki, wpływające ujemnie na wzajemne ustosunkowanie się szczęk. Według badań Bluntschli'ego i Korkhausa ułożenie szczęki dolnej w stanie fizjologicznego spoczynku jest warunkowane trzymaniem głowy w czasie snu. Głowa dziecka, przegięta bardziej ku tyłowi (dorsalne ułożenie głowy) wpływa na przemieszczenie szczęki dolnej ku tyłowi. Odwrotnie — ułożenie wentralne, czyli głowa przegięta ku przodowi, wpływa na wysunięcie szczęki dolnej ku przodowi.



Rys 3.
Ułożenie głowy — wentralne u góry, dorsalne — u dołu. *(A. M. Schwarz)*

Wzajemne ustosunkowanie się szczęk jest wybitnie zależne od układania do snu głowy oseska. Przy ułożeniu dorsalnem szczęka dolna cofa się ku tyłowi i wytwarza się stopień między wyrostkami siecznemi szczęki dolnej, a górnej. W przypadkach silnie wyrażonego cofnięcia szczęki dolnej (1 cm. lub więcej) warga dolna układa się w wolną przestrzeń między wyrostkami tak, że brzeg sieczny szczęki

górnej spoczywa na wardze i zamknięcie warg jest utrudnione. Warga dolna zostaje niejako wsysana w przestrzeń między szczękę górną i dolną.



Rys. 4.
Model gipsowy ust oseska.
Warga dolna (L. U.), wessana poza bezzębny warostek szczęki górnej (I. K.)
(A. M. Schwarz).

W przypadkach wentralnego układania głowy do snu szczęka dolna wysuwa się ku przodowi. Równocześnie język wsuwa się między obydwa łuki szczękowe, przyczem dochodzi do rozwarcia szczęk.

Te wahania we wzajemnem układaniu się szczęk są bardzo ważne, gdyż wyrzynające się później zęby mleczne mogą ustalić szczęki w nieprawidłowem ułożeniu. Okkluzja uzębienia mlecznego jest uwarunkowana wzajemnem zachodzeniem siekaczy mlecznych i artykulacyjnym uchwytem trzonowców mlecznych. Ważnem jest dla kształtowania się zgryzu, by bez szkody przejść przez okres wahań we wzajemnem ustosunkowywaniu się szczęk bezzębnych oseska i doprowadzić do prawidłowego schodzenia się zębów mlecznych.

W okresie bezzębia mamy zatem dwa czynniki, które mogą powodować w przyszłości nienormalności zgryzowe, a mianowicie:

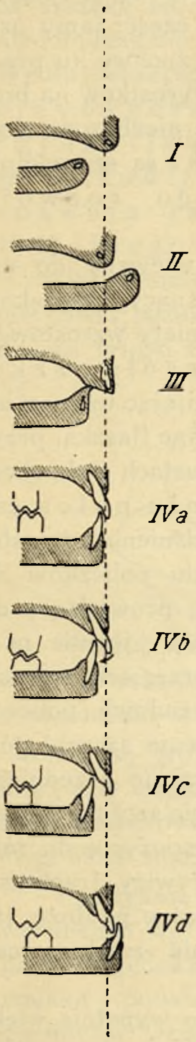
1) Niedorozwój, lub nadmierny wzrost szczęki dolnej.

2) Ułożenie distalne lub medialne szczęki dolnej normalnie rozwiniętej, uwarunkowane układaniem głowy oseska do snu.

Przechodząc do okresu wyrzynania się zębów mlecznych zmiany

te zostają uwidocznione przez wzajemne ustosunkowanie się siekaczy i trzonowych mlecznych.

Rys. 5. Schemat wzajemnego ustosunkowania się szczęk.



I 1—2 miesiąc życia płodowego

II 2—4 miesiąc (okres tworzenia się wyrostków podniebiennych)

III 9 miesiąc

IV Okres wyrzynania się zębów mlecznych

a) ustosunkowanie prawidłowe

b) zahamowanie wzrostowe żuchwy

c) cofnięcie żuchwy

d) wysunięcie żuchwy ku przodowi.

(A. M. Schwarz).

Przy normalnie rozwiniętych szczękach nieprawidłowości zgryzowe u osesków mogą powstać jeszcze w zależności od funkcji (B l u n t s c h l i, W i n k l e r). Tu chodzi o pracę mięśni i ich wpływ na formujące się szczęki, doprowadzający do trwałych zmian szkieletu.

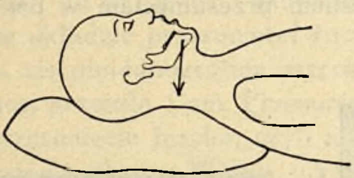
Z głównych czynności dziecka należy zwrócić uwagę na przyjmowanie pokarmów. Auerbach i Degendorf odróżniają dwie fazy w procesie ssania przy karmieniu piersią. W pierwszej fazie niemowlę obniża i cofa szczękę dolną, a rozpłaszczając równocześnie język wytwarza w przedniej części jamy ustnej przestrzeń ssącą. W drugiej znów fazie wysuwa żuchwę ku przodowi i unosi ją do góry, by przez ucisk bezzębnych wyrostków na brodawkę sutkową wycisnąć pokarm z piersi matki. Te niezliczone razy i z delikatną siłą przeprowadzone ruchy szczęki są szczególnie ważnym czynnikiem dla pomyślnego rozwoju szczęki.

Przy odżywianiu flaszką mleko jest wlewane do ust dziecka bez pracy dolnej szczęki. Brak jest zatem rosnącym szczękom w krytycznym stadjum ich rozwoju zrozumiałej podniety wzrostowej. Odżywianie flaszką sprowadza szczególne szkody dla kształtujących się szczęk, pomijając ujemny ich wpływ na ogólny rozwój organizmu. Dziecko, odżywiane flaszką, przyzwyczaja się ponadto prawie zawsze do trzymania w ustach ciała obcego, jakim jest palec względnie smoczek. Przy ssaniu palca, czy smoczka dochodzi do równoczesnego działania ciśnienia atmosferycznego, co wyraża się w widocznem przyciskaniu policzków do szczęk. Policzki przysysane wywierają duży wpływ, prowadzący do zniekształcenia szczęk. Ponadto sam smoczek działa ujemnie mechanicznie. Powoduje bowiem swą obecnością przegięcie wyrostka zębodołowego szczęki górnej w okolicy zębów przednich, podczas gdy ucisk przysysanych policzków sprowadza zwężenie szczęki górnej, a ssące pociąganie mięśni bródkowych spłaszczenie przedniego odcinka wyrostka zębodołowego dolnego, oraz cofnięcie szczęki dolnej. Równocześnie dzieci odżywiane flaszką mają predyspozycję do różnych chorób przemiany materji szczególnie do krzywicy (rachitis). Miękkość kości warunkowana krzywicą, stanowi podatne podłoże, jako warunek konieczny umożliwiający powstawanie zniekształceń szczęk przy słabych siłach, wywiązanych ssaniem.

Drugą czynnością dziecka jest sen. Ponieważ sen wypełnia większą część życia niemowlęcia, przeto ułożenie szczęk w czasie snu jest czynnikiem nader ważnym. Ze sprawą ułożenia głowy dziecka łączy się ściśle kwestja oddychania przez usta. Według Kantorowicza, nie przerosty adenoidalne są przyczyną oddychania przez usta, a przyzwyczajenie trzymania ust otwartych w czasie snu, które w następstwie prowadzi do dalszych schorzeń dróg oddechowych, łącznie

z późniejszą niemożnością oddychania przez nos. Przyzwyczajenie niedomykania ust wiąże Kantorowicz ściśle z ułożeniem dorsalnem głowy dziecka w czasie snu. W tej pozycji przychodzi do działania na szczękę sił, pociągających ją ku tyłowi i w dół, co wyraża się niedomykaniem ust przy zupełnie zdrowej i drożnej jamie nosowej. Według obserwacji licznej ilości przypadków wpierw istnieje przyzwyczajeniowe otwarcie ust, a z niego dopiero rozwija się oddychanie przez usta z wszystkiemi szkodliwemi skutkami dla płuc, krwiobiegu, rozwoju jamy nosowej, ukształtowania szczęk i ogólnego rozwoju organizmu.

Układanie do snu głowy dziecka przechylonej ku tyłowi względnie nawet poziomo prowadzi zawsze do przemieszczenia szczęki dolnej ku tyłowi z równoczesnem automatycznem rozwarciem ust.



Rys. 6.
Działanie siły ciężkości przy ułożeniu głowy poziomem.
(A. M. Schwarz).

Według *Kantorowicza* i *Korkhausa* czynnikami wpływającemi na deformację szczęk i łuków zębowych są siły, wynikające z otaczających szczęki tkanek miękkich.

Do tej grupy zaliczają pociąganie mięśni, siłę ciężkości, atmosferyczne ciśnienie i napięcie miękkich warstw tkanek, otaczających kości szczękowe, których działanie fizjologiczne w pewnych warunkach może zmienić się na patologiczne.

Pociąganie mięśni przy pracy fizjologicznej szczęk w normalnych warunkach wpływa, jako czynnik pobudzający do rozrostu. W przypadkach jednak, gdy mamy do czynienia z kością rachityczną, a więc miękką i podatną, przychodzi do zniekształceń w miejscach przyczepu mięśni. Działanie mięśni żujących według jednych autorów (Kantorowicz) wyraża się w rozpłaszczaniu kąta żuchwy, według innych, (Schröder) żwacz przechyla wyrostek zębodołowy dolny ku wewnątrz, a przez swój górny przyczep sprowadza zwężenie szczęki górnej. Mięśnie bródkowe rozpłaszczają brodę, a mięsień *mylohyoideus* przechyla boczne partje wyrostka zębodołowego żuchwy do środka. Pod działaniem mięśni przy pracy ssania smoczka lub palca

dochodzi do rozpłaszczania okolicy brody i cofania szczęki dolnej, a równocześnie wciąganie policzków działa swym uciskiem zwężająco na szczękę górną. Z końcem pierwszego roku życia przy przyjmowaniu pokarmów bardziej stałych praca mięśni żujących doprowadza podatną kość rachityczną do rozpłaszczenia kątów żuchwy z wysunięciem szczęki dolnej ku przodowi, względnie skrócenia ramienia wstępującego, w następstwie dającego zgryz otwarty całkowity.

Ujemne działanie siły ciężkości ma znaczenie raczej dopiero w wieku późniejszym. Głowa niemowlęcia spoczywa w czasie snu na miękkich poduszkach, a równocześnie pulchne policzki dziecięce zwiększają miękkość podłoża dla szczęk. Później dopiero w wieku dorastania mogą mieć dzieci przyzwyczajenie podkładania pięści pod policzki w czasie snu. Według Stallarda siła ciężkości przy przyzwyczajeniowem sypianiu na pięści powoduje niesymetryczne zdeformowanie szczęki górnej z równoczesnem przesunięciem w bok szczęki dolnej.





Rys. 7.
Jednostronne wgniecenie łuku zębów górnych przy nawykowem sypianiu na pięści *(H. Stallard).*

Ujemne działanie atmosferycznego ciśnienia uwidacznia się w przypadkach utrudnionego oddychania przez nos. Według Kantorowicza przy adenoidach lub innych przeszkodach w drogach nosowych, nie sprowadzających jednak jeszcze całkowitej niedrożności, w czasie wdechu wytwarza się w jamie ustnej znacznie większe ujemnie ciśnienie, niż normalnie.

Wydech następuje natomiast drogą łatwiejszą, przez usta, bo prąd powietrza wydechowego znajdzie mniejszy opór w rozchyleniu warg, aniżeli w przezwyciężeniu zwężonych dróg nosowych. Przy wdechu panuje zatem stale zwiększone ciśnienie ujemne, co wyraża się w przyleganiu policzków i ucisku na kości szczęki górnej. Stały zwiększony ucisk policzków powoduje zniekształcenie szczęki górnej w formie zwężenia łuku zębów bocznych i wysuwania ku przodowi zębów przednich.

Stan napięcia warstw miękkich tkanek, otaczających kości szczękowe, jest zależny głównie od trzymania głowy: przy odchyleniu głowy ku tyłowi napinają się powłoki szyjne, działając na szczękę dolną, przemieszczając ją ku tyłowi przy równoczesnem rozwarciu szczęk, czyli wytworzeniu się w stanie spoczynku większego od normalnego odstępu między szeregami zębowemi. Przechylaniu głowy ku przodowi towarzyszy niejako stosunek odwrotny, wyrażający się przesunięciem żuchwy ku przodowi i zamknięciem zębów w stanie spoczynku. Różnica w układzie przesuniętej żuchwy zależnie od przechyleń głowy równa się niejednokrotnie szerokości obu mlecznych trzonowców czyli wynosi przeszło 1 cm. Przesunięciom żuchwy towarzyszy równocześnie przesunięcie języka, czyli ułożenie języka zmienia się w kierunku ułożenia głowy. Wpływ u k ł a d a n i a g ł o w y d o s n u jest czynnikiem n a d e r w a ż n y m.

Wyżej przytoczone warunki, towarzyszące rozwojowi szczęk, skłaniają nas do szukania przyczyn anomalij, zauważonych w późniejszym wieku, już w okresie wczesnym, w okresie bezzębia osesków. W 6—8 miesiącu życia zaczynają pojawiać się pierwsze zęby mleczne, a końcowa okkluzja zębów trzonowych przypada w 30 miesiącu życia czyli 2 i pół lat. Każdemu wyrastającemu zębowi towarzyszy rozrost szczęki w odpowiednim odcinku. Przez pojęcie rozrostu szczęk, nie należy rozumieć, że wyrzynający się ząb działa, jak klin na szczękę, lecz że wyrżnięcie się zęba jest tylko objawem, czyli wynikiem przemiany rozrostowej, która odbyła się w kości. Ta skomplikowana przemiana jest udzielana zębom i otoczeniu przez o ś r o d e k *(centrum)* w z r o s t u. Przy opóźnionem wyrastaniu zębów odnośny impuls do rozrostu szczęk jest opóźniony. Jeśli istnieje większa różnica czasu między wyrastaniem zębów szczęki dolnej i górnej lub strony lewej, a prawej, to świadczy nie o zahamowaniu wzrostowem zębów, a raczej o zatrzymaniu we wzroście odnośnego odcinka szczęki. Przez występujące w międzyczasie fałszywe zazębienia może ustalić się chwilowy stan niepomyślnego ustosunkowania się wzrostowego.

Tak tłumaczy się wpływ różnicy czasu w wyrzynaniu się zębów na możliwość powstawania anomalij.

Powstanie prawidłowej okkluzji w uzębieniu mlecznem jest warunkowane wzajemnem spotkaniem się zębów trzonowych mlecznych w momencie wyrzynania się. Zęby trzonowe posiadają w przygotowaniu okkluzji dużą samodzielność. Jeszcze w okresie, gdy korony zębów są ułożone w kości, to już płaszczyzny żujące zębów antagonistycznych są do siebie wzajemnie skierowane, przyczem górny trzonowy jest pochylony nieco policzkowo, a dolny nieco do językowo. Ponadto górny w stosunku do dolnego już wówczas jest dookoła osi długiej w ten sposób obrócony, że upewnia w szerokich granicach prawidłowe uchwycenie szczegółów płaszczyzny żującej odpowiednika. Wreszcie obydwa zęby już jako zawiązki są pochylone w sensie krzywej kompensacyjnej t. zn. dolny trzonowy ku przodowi, górny — ku tyłowi. Prawidłowe ustawienie zarówno w kierunku policzkowo-językowym, jak przedniotylnym następuje przymusowo pod regulującem działaniem wzajemnie wślizgujących się guzków w szczeliny zębów przeciwległych przy wyrastaniu. Główną rolę we wzajemnem ustalaniu się ostatnich trzonowców mlecznych odgrywa podniebienny guzek mezjalny trzonowca górnego, który wpada w centralne wgłębienie trzonowca dolnego. Określając inaczej, wyobrażamy sobie powierzchnię żującą trzonowca dolnego jako panewkę, która uchwytuje najwybitniejszy mezio-lingwalny guzek trzonowca górnego.

Nieprawidłowe warunki wzrostowe szczęk, spotykane najczęściej przy niedostatecznym wzroście szczęki dolnej powodują wpadnięcie mezio-lingwalnego guzka drugiego trzonowca górnego w mezialne zagłębienie trzonowca dolnego. Takie schodzenie się trzonowców ustala szczękę dolną w pozycji cofniętej i hamuje tem samem jej dalszą swobodę wzrostową.

Zębom trzonowym przypisuje się również pewną rolę w tworzeniu wysokości zgryzu. Naogół wyobrażano sobie, że podczas wyrastania zębów mlecznych trzonowce podnoszą zgryz. Nie jest to jednak słuszne, a porównywanie tego procesu z bęzzębieniem dorosłego człowieka, któremu przez dostawki zębowe odtwarza się inną wysokość zgryzu nie jest niczem uzasadnione. Przy wyrastaniu zębów mlecznych nie dochodzi bowiem do przeskoku z jednej wysokości zgryzu do drugiej. Bezzębne szczęki osesków mają daną im już odnośną wysokość zgryzu, utworzoną przez twarde grzebienie bezzębnego wyrostka. Wyrastające następnie zęby mleczne otrzymują w spadku płaszczyznę zgryzową, tworząc dla niej jedynie bardziej twarde podłoże. Zęby

rosnąc w kości dochodzą do brzegów bezzębnych grzebieni i ukazują swe guzki z pod śluzówki.

Po przebiciu górnej warstwy błony śluzowej, śluzówka cofa się i odsłania z czasem całość korony zębowej.

Powstawanie zgryzu głębokiego nie jest związane bynajmniej z wysokością wyrastających zębów, bo zęby wyrastając dochodzą tylko do uprzednio utworzonej już płaszczyny zgryzowej i nie wprowadzają w niej żadnych zmian. Przyczyn powstawania zaburzeń zgryzowych w myśl utworzenia się zgryzu głębokiego dopatrujemy się w przednio-tylnem ustosunkowaniu się szczęki. Zgryzowi głębokiemu towarzyszy zawsze cofnięcie szczęki dolnej. Dlatego Korkhaus łączy zgryz głęboki z tyłozgryzem, uważając zgryz głęboki tylko jako stopień wyższy tyłozgryzu.

Pod koniec okresu pełnego uzębienia mlecznego występuje tworzenie się wolnych przestrzeni *(diastemy)* między zębami przednimi. Jest to objaw fizjologiczny świadczący o rozroście wszerz kości szczękowych, a pozostający w związku z rozwojem zawiązków siekaczy stałych szerszych od mlecznych. Różnica w rozroście szczęk jest wybitniejsza w szczęce górnej, niż w dolnej. Ponadto szczęka górna rozrasta się ku przodowi. Tworzenie luk mniejszych lub większych jest uwarunkowane szerokością zawiązków zębów stałych oraz ich ułożeniem w wyrostku zębodołowym. Brak luk towarzyszy nieprawidłowym ułożeniom zawiązków siekaczy, połączonym z obrotami i wzajemnem zachodzeniem zębów na siebie, przyczem siekacze boczne układają się najczęściej dojęzykowo. Tworzenie się luk nie jest jednak wynikiem bezpośredniego ucisku wyrzynających się zębów stałych i rozrost szczęki nie jest procesem mechanicznych działań, lecz zjawiskiem biologicznego rozrostu naturalnego żyjących organizmów. Siekacze stałe mogą ustawić się czasami prawidłowo bez wytwarzania się luk w uzębieniu mlecznem, nastąpić to może przy obecności drobnych zębów stałych. Tworzenie fizjologiczne luk może być maskowane przez istniejącą szparę między siekaczami środkowemi — „*trema*" — powstałą na skutek wrastania przyczepu wiązadełka wargi górnej w przestrzeń międzyzębową. Przyczep wiązadełka sięga częstokroć w takich przypadkach do brodawki podniebiennej .

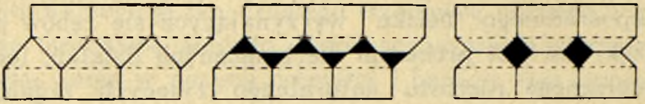
W związku z większym rozrostem szczęki górnej ku przodowi i wszerz, dolny szereg zębowy czyli szczęka dolna uzyskuje możność przesunięcia ku przodowi, co następuje wczasie wyrastania i ustalania się zębów szóstych. Przesuwanie się szczęki dolnej ku przodowi umożliwia przytem naturalny objaw starcia zahaczeń czyli guzków zębów

mlecznych wynikły z normalnej pracy żucia. Ścieranie się zębów nie jest zależne od spożywania pokarmów twardych, gdyż obserwacje wykazały, że dzieci odżywiane tylko mlekiem i papkami posiadały także silnie starte zęby. Przyczyna zatem ścierania leży w ruchach szczęki dolnej ku przodowi i na boki, które ona wykonuje przy akcie żucia. Ruchy ślizgające szczęki dolnej przy jedzeniu podobne do



Rys. 8
Trema. *(A. M. Schwarz).*

zgrzytania wpływają na ścieranie się zahaczeń i spłaszczenie guzków oraz rozszerzenie brózd międzyguzkowych, co pozwala szczęce dolnej na swobodne przesuwanie się ku przodowi. Starcie guzków nie prowadzi przytem bynajmniej do obniżenia zgryzu, bo starciu ulegają zahaczenia, a płaszczyzna zgryzowa utrzymuje się nadal na tym samym poziomie.



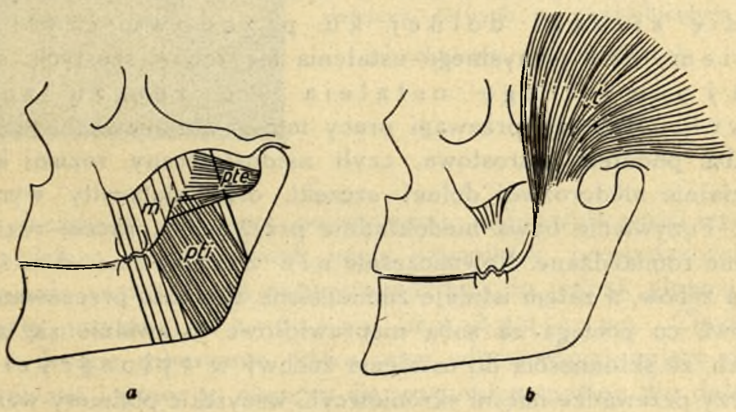
Rys. 9.
Schemat ścierania się guzków zębów mlecznych.
(A. M. Schwarz).

Prawidłowe starcie guzków, pozwalające na wysuwanie się żuchwy ku przodowi doprowadza do zahaczenia się listewki poprzecznej *(crista transversa)* górnych zębów szóstych o guzek środkowy zębów dolnych, co przyczyni się do prawidłowego wzajemnego ustalenia szczęk.

Brak starcia, hamujący możność przesuwania szczęki dolnej ku przodowi w okresie wyrastania zębów szóstych, stanowi duże niebezpieczeństwo dla późniejszej okklusji zębów stałych. Utrzymywa-

nie się przez czas dłuższy guzkowego zetknięcia wyrastających zębów doprowadza częstokroć do ześlizgiwania się guzków górnych po przednich ukosach guzków szóstek dolnych, co wywiera na szczękę dolną nacisk ku tyłowi i powoduje cofnięcie jej z następowem ustaleniem w tyłozgryzie.

Przy uzyskanej starciem swobodzie ruchów w przesuwaniu żuchwy ku przodowi biorą czynny udział mięśnie żujące i sposób żucia. Wszystkie mięśnie żujące z wyjątkiem mięśnia skroniowego współpracują w wysuwaniu żuchwy podczas mechanizmu żucia. Według Bluntschli'ego rozróżniamy d w a typy ludzi o odmiennem żuciu; u jednych dominują mięśnie ż w a c z e (Masseterkauer), drugich zaś przeważają mięśnie s k r o n i o w e (Temporaliskauer). Do grupy żwaczy zalicza Bluntschli 3 mięśnie: żwacz (m. masseter), obydwa skrzydłowate *(m. pterygoidei)*. Te trzy mięśnie mają większą masę, niż jeden mięsień skroniowy, przyczem charakteryzuje je wielka siła przy dużej i zbitej masie krótkich włókien.



Rys. 10.
Schemat mięśni: a) zwieracze: mm. masseter, pterygoideus internus, pterygoideus externus b) m. temporalis.

Jeśli wyobrazimy sobie aparat szczękowy jako prasę, której boki stanowią zęby trzonowe, to zauważymy, że *masseter* i *pterygoideus internus* są ułożone szczególnie pomyślnie w sensie wydajności siły. Przebiegają one w pewnej odległości od stawu, tworząc rodzaj dźwigni o krótkiej drodze a tem samem o dużej sile, zwiększonej jeszcze bezpośredniem rozmieszczeniem między nimi zębów trzonowych, żwacze pociągają przytem szczękę dolną nietylko w górę, ale także naprzód.

Mięsień skroniowy stanowi masę mniejszą w przekroju od grupy żwaczy, z przewagą włókien długich, co jest charakterystyczne dla mięśni, wykonywujących ruchy szybkie, krótkie, przerywane. Przyczepy tego mięśnia leżą za szeregiem zębów bardzo blisko stawu, a zatem blisko punktu obrotu dźwigni. Ta okoliczność jest dla rozwinięcia większej siły w dziedzinie zębów niepomyślną, ale z korzyścią dla szybkości ruchów. *Temporalis* pociąga dolną szczękę do góry i ku tyłowi, a brak mu składników działających ku przodowi.

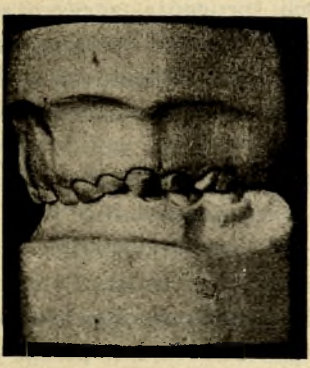
Przewaga jednej czy drugiej grupy mięśniowej przy pracy żucia u dziecka jest nader ważną dla kształtującego się aparatu szczękowego.

Grupa żwaczy tworzy silną podniętę czynnościową, przez co dochodzi do wzmocnienia szkieletu twarzowego do pełnego rozwoju szczęki dolnej, wyrostków zębodołowych i zębów. Przytem pożywienie jest dokładniej przeżuwane i rozmiażdżane, a zęby mleczne ulegają naturalnemu i silnemu ścieraniu. Starcie guzków jest koniecznym warunkiem dla możności przesunięcia się szczęki dolnej ku przodowi, czyli warunkiem dla pomyślnego ustalenia się zębów szóstych, a tem samem i pomyślnego ustaleia się zgryzu zębów stałych. Wskutek przewagi pracy mięśni skroniowych występuje słaba podnieta wzrostowa, czyli niedostateczny rozwój kośca, a specjalnie niedorozwój dolnej szczęki, oraz słabowity wyrostek i zęby. Pożywienie bywa niedokładnie przeżuwane, raczej rozrywane, a nie romiażdżane. Równocześnie nie dochodzi do ścierania zębów, a zatem istnieje zmniejszona zdolność przesuwania ku przodowi, co pociąga za sobą nieprawidłowe ustawianie się zębów szóstych, ze skłonnością do ustalenia żuchwy w tyłozgryzie.

Przy przewadze mięśni skroniowcyh, wszystkie podniety wzrostowe są słabsze. Brak możności przesuwania żuchwy ku przodowi odbija się ujemnie na rozwoju kąta żuchwy i ramienia wstępującego, co powoduje niedorozwój dolnej szczęki z niezużytemi zębami.

Według Korhausa typy o przewadze podczas żucia mięśni żwaczy lub skroniowych są dane przez naturę, czyli należy uważać to, jako czynnik wrodzony. Główną rolę odgrywa przytem wzajemne ustosunkowanie się siekaczy górnych i dolnych, a ułożenie kierunkowe zawiązków zębowych jest wrodzone. Przy pionowem ustawieniu wyrastających górnych siekaczy mlecznych dochodzi do wywarcia ucisku na siekacze dolne, a wskutek tego żuchwa musi się układać distalnie i dochodzi zarazem do wytworzenia się głębokiego za-

chodzenia zębów przednich. Głębokie zachodzenie zębów przednich ogranicza możność wykonywania ruchów ku przodowi, hamując pracę żwaczy nietylko w ruchach przednich, ale zazwyczaj i w bocznych. W takich przypadkach mięsień skroniowy, pracujący bez wykonywania poziomych ruchów, zyskuje na przewadze, a na zębach bocznych nie dochodzi do normalnego starcia guzów. Głębokie zachodzenie siekaczy mlecznych stanowi wielkie niebezpieczeństwo kształtowania się schodzenia uzębienia stałego, dlatego należy je zwalczać wcześnie, czyli przed 6—7 rokiem życia.



Rys. 11.

Zgryz głęboki w uzębieniu mlecznem, uwarunkowany wrodzonem ułożeniem siekaczy górnych w podniebiennem przechyleniu. *(G. Korkhaus).*

W dociekaniu przyczyn powstawania nieprawidłowości zgryzowych widzimy, że jakkolwiek wiele czynników, prowadzących do powstawania anomalij jest natury wrodzonej, to jednak główną rolę odgrywają przytem przyczyny mechaniczne. Chodzi tu nieraz o drobne zaburzenia, które przy odpowiedniej opiece dadzą się wyrównać i przez to stworzy się warunki pomyślne dla dalszego rozwoju zgryzu. Gdy znamy niebezpieczeństwa, grożące zgryzowi w poszczególnych stadjach rozwoju, możemy im w porę zapobiec i względne prostemi środkami usunąć. Zwalczanie nieprawidłowości w samym zaczątku przez usuwanie przyczyn wywołujących jest głównem zadaniem profilaktyki ortodontycznej.

Czołowe miejsce w profilaktyce ortodontycznej zajmuje walka z krzywicą. Krzywica *(rachitis)* sama przez się nie wywołuje nieprawidłowości żadnych, ale stwarza podatne podłoże deformacyjne dla sił słabych, które w normalnych warunkach nie wywołałyby jeszcze żadnych zniekształceń. Krzywica jest chorobą kostną, hamującą

prawidłowy proces kostnienia — zwapnienia, wskutek czego kość przez długi czas pozostaje miękką i jest lekko podatną na wpływy zewnętrzne. Przyczynę zaburzeń procesu kostnienia uznajemy w braku w organiźmie dostatecznej ilości witaminy *D*. Przejawy rachitycznej miękkości znajdujemy już u noworodków, co przemawia za możliwością istnienia krzywicy nawet u płodu. Czynnikami deformacyjnemi są słabe siły, wynikające z fizjologicznych czynności dziecka: ułożenia głowy do snu (cofnięcie względnie wysunięcie żuchwy ku przodowi), karmienia flaszką, utrudnionego oddychania, ssania smoczka lub palca (zwężenia szczęki górnej, cofnięcie żuchwy, rozpłaszczenie brody), spożywania pokarmów stałych (progenja, zgryz otwarty, częściowy lub całkowity) i t. p. Poza miękkością kości *rachitis* charakteryzuje się nieprawidłowem odkładaniem warstw kostnych w miejscach przyczepu mięśni oraz pewnem zahamowaniem wzrostu kości.

(D. n.)

Ocena

Dr. JUL. STEINKAMM (Essen), O stosowaniu aparatu śrubowego Vorschütza w złamaniach żuchwy. (Odbitka z pisma „Der Chirurg" 1935—23).

Przytaczając pracę d-ra Vorchütza, zatytułowaną „W sprawie leczenia powikłanych złamań żuchwy" Autor dr. Steinkam twierdzi iż może ona niezaprzeczenie wywrzeć wpływ w dziedzinie leczenia chirurgicznego złamań żuchwy na tle współpracy lekarzy dentystów z chirurgami. Narówni z Bichlmayrem, autor na podstawie swej 35-letniej pracy w dziedzinie złamań żuchwy uważa się za powołanego do rozwijania w dalszym ciągu rzuconych idei.

Przytacza więc następnie autor zdanie, wypowiedziane przez Langenbecka jeszcze w r. 1870, że nie mógłby, jako lekarz brać udziału w wojnie bez zapewnienia pomocy dentystycznej. A przecież Langenbeck nie znał walki pozycyjnej, która miała miejsce w ostatniej wojnie i dawała najwięcej rannych w głowę. Jednakże już wtedy ten znakomity lekarz znał rany postrzałowe twarzy i wiedział jak bezradnym czuje się chirurg bez środków pomocniczych w obliczu tych obrażeń i często nawet nie docenia ich powagi, oddając pierwszeństwo współistniejącym złamaniom kończyn, co niewątpliwie ujemnie odbija się na wyniku leczenia.

A tymczasem jak duże postępy poczyniono w ciągu ostatnich

65 lat. Przemysł ciężki przyczynił się w znacznym stopniu, dostarczając nawięcej materjału, na którym można było zastosować poczynione podczas wielkiej wojny udoskonalenia. Postanowiono sobie jako cel już w 1902 roku rozpowszechnienie w najszerszych warstwach współczesnej pielęgnacji zębów obok przywracania do stanu pierwotnego wszystkich nieszczęśliwych wypadków złamań szczęk. W tym celu została wybudowana już w 1902 roku klinika dentystyczna w samym sercu przemysłowych Niemiec — w Essen. Jednocześnie prawie i w innych dużych ogniskach, jak Berlin, zaczęły powstawać już przed wojną podobne oddziały ponieważ już od dziesiątków lat wskazywana była współpraca chirurga i lek.-dentysty. Ostatnio w 1904 r. również i autor podkreślał znaczenie i wpływ jaki wywiera na wynik leczenia powikłanych złamań żuchwy współdziałanie chirurga i lek. dentysty.

Dalej autor zastanawia się nad tem w jaki sposób aparat systemu Vorschütza, który właściwie nawet przy złamaniach kończyn nie znalazł zastosowania, mógł być uznany przez autora tegoż za idealny przy traktowaniu powikłanych złamań żuchwy, co wydaje się wysoce niezrozumiałem.

Jak to widać z załączonych rysunków zastosowanie (Hebelschrauben) aparatu Vorschütza wymaga również zewnętrznie nałożonego opatrunku gipsowego, który pokrywa niemal w całości żuchwę. Przytem przy umocowywaniu wymienionego aparatu trzeba oczywiście zdala od już istniejących ran miękkich części oraz pęknięć kości tworzyć nowe obrażenia, gdyż inaczej nieda się przytwierdzić aparatu. Już z punktu widzenia kosmetyki należy odrzucić zgóry stosowanie jakiegokolwiek aparatu, stwarzającego nowe obrażenia twarzy; pozostawiając to jedynie w przypadkach nadmiernego rozciągnięcia oraz przemieszczeniach ramienia wstępującego. Współczesna chirurgja dentystyczna nie uznaje stosowania szwu drucianego przy złamaniach szczęk górnych. Wiadomo jak znacznego uszkodzenia doznaje uszeregowanie zębów w złamaniach szczęk. Na podstawie długoletniego doświadczenia autor twierdzi, że chirurg nie jest w stanie zapobiedz małym niedokładnościom, które w następstwie grożą poważnemi następstwami nawet w pozornie niepowikłanych złamaniach żuchwy.

Zważywszy, iż czynność narządu żującego pokarmy jest początkiem trawienia musimy w złamaniach żuchwy przy nastawianiu odłamów ze wszech miar uwzględnić współczynność górnej i dolnej szczęki. Przy dużych brakach nie należy ubiegać się o połączenia poszczególnych fragmentów, i świadomie unikać wytworzenia sztucznego stawu. Następnie należy dokonać plastyki kości, ażeby obydwa odła-

my utrzymać zapomocą mocnego kostnego szwu w prawidłowem ustawieniu.

Przez dokładne ustawienie złamanych odłamów szczęki w stosunku do siebie i do przeciwszczęki odróżnia się leczenie złamań szczęki od leczenia złamań kończyn. W tych ostatnich przypadkach, zdaniem autora usiłuje się odłamy możliwie zbliżyć, nie bacząc na mogące stąd powstać skrócenie kończyny. Zresztą skrócenie zwalcza się w złamaniach kończyn przez nakładanie opatrunku wyciągowego i o ile będziemy mieli skrócenie kończyny o 1 cm., to to niema żadnego znaczenia ani w stosunku do czynności narządu ani ogólnego samopoczucia. Inaczej rzecz się ma ze skróceiem np. kąta szczęki. Tu 1—2 mm wywołują poważne zaburzenia. Stała kontrola czynności złamanej szczęki i jej współdziałanie ze zdrową wykazuje, że leczenie złamań szczęk odnieść należy do dziedziny ortopedycznie wyszkolonego lekarza dentysty lub stomatologa. Oczywistość powyższego twierdzenia jest dziś bezsporna.

Przechodząc do oceny aparatu Vorschütza autor poddaje rzeczowej krytyce zarówno konstrukcję tego, jak i zastosowalność w praktyce. Zwłaszcza ta ostatnia nasuwa wiele zastrzeżeń. Przedewszsytkiem aparat Voschütza może być zastosowany wyłącznie w złamaniach dolnej szczęki w okolicy podbródka (od 2 Praemolar'a z obydwu stron). Już sam ten fakt wyłącza w wielu przypadkach możliwość zastosowania aparatu Voschütza jak naprzykład przy złamaniu w okolicy Processus condyloidei lub w przypadkach dwu — lub wielokrotnego złamania żuchwy. Zarówno połączenie odłamów, jak i wznowienie czynności żującej w tym aparacie jest niemożliwe. A dalej utrzymanie hygjeny również pozostawia wtedy dużo do życzenia, czego nie spotyka się przy nałożeniu opatrunku drucianego. A przecież ten ostatni czynnik jest niezwykle ważny i wymaga często pomocy osób drugich zwłaszcza przy irygacjach jamy ustnej.

Wogóle autor uważa, iż przy leczeniu podwójnych oraz wielokrotnych złamań żuchwy niepodobna obejść się bez zastosowania szyny wewnętrznej. Nawet w złamaniach szczęk z ciężkiemi obrażeniami części miękkich, jak to dało się zaobserwować w tysiącznych przypadkach podczas wielkiej wojny niezwłoczne nałożenie szyny wewnętrznej decydowało o przywróceniu normalnego wyglądu rysów twarzy rannego.

W tym też celu autor przytacza dwa szczególniej interesujące przypadki powikłanych złamań obu szczęk. W jednym z nich opublikowanym w 1917 r. naskutek wybuchu pocisku zostało spowodowane

ciężkie rozległe zniszczenie miękkich części wraz ze złamaniem z lewej strony żuchwy, częściowo górnej szczęki oraz utratą oka. Powstało ciężkie przesunięcie, odłamów naskutek czego uszeregowanie zębów było doszczętnie zniekształcone i uniemożliwiało zamknięcie ust. Natychmiastowe nałożenie opatrunku szynowego umożliwiło utrzymanie w czystości ran oraz przywróciło czynność przeżuwania pokarmów a w wyniku dało obok przywrócenia czynności szczęk normalny wygląd.

W drugim przypadku, gdzie miało miejsce złamanie górnej szczęki jednej strony i dolnej szczęki z obydwu stron z rozległemi uszkodzeniami miękkich części tylko zastosowanie wewnętrznej szyny pozwoliło na wytworzenie się prawidłowego zrostu odłamów oraz zagojenie ran, co byłoby wielce utrudnione przy opatrunku zewnętrznym.

Zważywszy jak ważnem dla prawidłowego gojenia się ran jest stworzenie po temu sprzyjających warunków zrozumiemy dlaczego autor kładzie taki nacisk na natychmiastowe unieruchomianie odłamów.

Pierwszym warunkiem wytworzenia się prawidłowego mocnego zrostu musi być unieruchomienie. Jeżeli chodzi o wybór aparatu unieruchamiającego, to pierwszeństwo zawsze musi zdobyć tylko taki, który, spełniając idealnie swe zadanie, umożliwi jednocześnie pielęgnowanie ran miękkich części. A przecież trudno wyobrazić sobie powikłane złamanie, bez uszkodzenia tych ostatnich. Ztąd wszelkie opatrunki gipsowe, przykrywające z natury rzeczy całkowicie uszkodzony narząd muszą ustąpić miejsca takim, które spełniając swe główne zadanie, przyczyniają się do pielęgnowania ran, utrzymania jamy ust w stanie czystości i umożliwiają proces gojenia.

A teraz jeszcze słówko dodać muszę o metodach oczyszczania wnętrza jamy ustnej w czasie leczenia złamań. Użycie szczotki jest wykluczone, gdyż może być źródłem zbyt silnych podrażnień mechanicznych w okolicy uszkodzonej śluzówki. Do niedawna stosowano irygacje. Te jednak nie są w stanie usunąć lepkich kleistych osadów, stanowiących podatne podłoże dla rozwoju drobnoustrojów. Obecnie do tego celu używa się wyłącznie natrysków kwasowęglowych, które nie drażniąc schorzałych tkanek, oczyszczają je bardzo dokładnie. Znamy sporo specjalnych aparatów, do tego celu służących: francuski „Atomiseur", angielski „Hygienator" i niemiecki „Dental-Optimax". Mamy też i aparat krajowego wyrobu (Mann-Warszawa) „Hygiostom" pod wielu względami nawet przewyższający aparaty zagraniczne, posiada on bowiem końcówkę ruchomą, czego tamte nie

mają — a to bardzo ułatwia manipulowanie przyrządem i pozwala na docieranie strumieniem natrysku w okolice najniedostępniejsze; pozatem nie wymaga ciągłego ładowania w fabryce kapsli płynnym kwasem węglowym, gdyż „Hygiostom" zasila się ze zwykłego syfonu wody sodowej. Do zbiornika można w razie potrzeby wprowadzać dowolny środek antyseptyczny, a temperaturę natrysku łatwo normować przez wstawianie zbiornika „Hygiostomu" na kilkanaście sekund

Dr. med. J. Raczkowski.

Wskazówki praktyczne

I

EMALJOWANE KORONY HEJCMANNA

Już w r. 1932 opisał Hejcmann koronę metalową o powłoce emaljowanej; demonstrował ją nawet wcześniej. Obecnie więc nie jest ona żadną nowostką: ma już swoją historję i literaturę. Przed rokiem pisał o niej prof. Dénes Mathé z (Budapesztu) i pisał bardzo przychylnie. Aczkolwiek czytelnikom naszym artukuł ten jest znany ze streszczenia, drukowanego w r. ubiegłym, korzystając jednak z okazji, że w ciągu ostatnich miesięcy sześciokrotnie z koroną tego typu miałem do czynienia, pragnę podzielić się wrażeniami, jakie ona na mnie sprawiła.

Przygotowanie zęba nie jest zbyt kłopotliwe. Należy powierzchnię jego zeszlifować na głębokość 0,5 mm minimalnie. To znaczy, że wymiar ten odnosi się do okolicy przydziąsłowej. Tam zaś, gdzie ząb się rozszerza — wypada zdjąć tyle, by koronę, przylegającą do zęba przy dziąśle, można było na ząb oszlifowany nałożyć. W porównaniu z koronami pochewkowemi (jacket crown) zbiera się substancji zębowej o wiele mniej i nie formuje się przy dziąśle żadnego schodka. Przed braniem wycisku trzeba woskiem określić odległość oszlifowanej powierzchni od antagonistów, by w razie potrzeby zeszlifować w odpowiedniem miejscu ząb jeszcze bardziej. Wycisk bierze się gipsem. Mathé zaleca precezyjne masy wyciskowe. Model odlewa się gipsem marmurowym i na nim sporządza się koronę, złożoną z dwóch części: językowej — tłoczonej z 22-karatowej blachy złotej i przedsionkowej, znacznie grubszej, lanej z metalu, którego skład jest tajemnicą wynalazcy. T" topliwości tego stopu jest taka sama, co złota 22-karatowego. To też jeśli taka korona wchodzi w skład mo-

stu, nie można do jego wykonania używać materjału, łatwiej topliwego, gdyż w czasie wypalania emalji most mógłby się rozpaść.

Przed emaljowaniem z przedniej widocznej powierzchni korony zbiera się metal na głębokość conajmniej 0,5 mm; brzegi formuje się stromo. Metal bardzo mocno łączy się z powłoką szkliwną. Raz, gdy barwa była wadliwie dobrana, próbowałem odłupać emalję młotkiem i to mi się nie udało. Oczywiście nie szło tu o zmiażdżenie całej korony, lecz o poobtłukiwanie emalji przy zachowaniu niezmienionej formy. Emalję w tym przypadku usunięto przez stopienie jej z sodą (rozgrzaną posypano dwuwęglanem sodu i nagrzewano dalej aż do stopienia): po raptownem ochłodzeniu — rozkruszyła się. Można też ją usunąć rozpuszczając w kwasie fluorowodorowym (M a t h é).

Grubość warstwy emalji wpływa na wygląd. Im ona jest grubsza, tem bardziej się upadabnia do zęba naturalnego. Dlatego też, mojem zdaniem, z powierzchni przedniej zęba należy zawsze, gdzie tylko można zdejmować grubszą warstwę szkliwa.

Emaljowanie koron w mostach odbywa się już po zupełnem wykończeniu mostu. Możliwość i wielka stosunkowo łatwość stosowania koron Hejcmanna do robót mostowych jest ich największą zaletą.

L. Brennejsen.

II

CZEM MOŻNA ZASTĄPIĆ ZŁOTO

Aczkolwiek teoretycznie nie zostaliśmy pozbawieni możności nabywania w rafinerjach złota, jednak za gotówkę złota otrzymać nie można i chcąc go nabyć, trzeba płacić złotem w postaci łomu t. j. uszkodzonych wyrobów dentystycznych lub innych przedmiotów, wykonanych ze złota. Rafinerzy twierdzą, że nie mają i nie mogą dostać surowca na sporządzanie potrzebnych dla nas stopów. Wynikają stąd różne komplikacje. Rzadko kto w obecnych czasach posiada u siebie zapas starych mostów lub koron — trzeba więc prosić pacjentów, by coś z własnych zbiorów przynieśli. Nie zawsze otrzymuje się wyroby wysokokaratowe, jak łom dentystyczny, obrączki, monety. Często przynoszą jubilerszczyznę 14 karatową, w której można spotkać kawałki o jeszcze mniejszej zawartości złota, wstawiane zwykle podczas napraw w podrzędnych pracowniach jubilerskich. Łatwo więc przedewszystkiem o pomyłki przy obliczaniu ilości czystego złota, zawartego w dostarczonym łomie. Pozatem pacjenci nie bardzo chcą zrozumieć, dlaczego na wyrób mostu potrzeba tak dużo nisko kara-

towych wyrobów. Można co prawda radzić sobie w ten sposób, by zainteresowanych kierować do rafinerji, gdzie łom zamienią na złoto dentystyczne, i wykonywać w dalszym ciągu już robotę z materjału dostarczonego. Ma to jednak zastosowanie jedynie w miastach większych, gdzie są rafinerje. A co robić na głębokiej prowicji? Chyba doradzać wysyłanie łomu pocztą, do rafinerji. Otrzymując materjał od pacjenta, trudno żądać, by dostarczył odpowiednią ilość łączna. Wypadnie więc często łączno sporządzać samemu. Nie szkodzi przypomnieć sobie przepis P o l c h e r a na doskonały lut. Do 10,0 złota danego rodzaju dodaje się po 0,5 miedzi i cynku. Odnosi się to zarówno do 22-karatowego złota jak i do 18-karatowego. Łączna bardzo płynne otrzymuje się, dodając do złota około 5% kadmu. Bywa jednak i tak, że chory złota nie posiada wcale. W tych razach należy się przedewszystkiem uciekać do wyrobów Wiplowskich. Klamry z tego metalu do robót kauczukowych są bardzo dobre i pod tym względem nikt nie będzie miał żadnego kłopotu. Wiplę można z powodzeniem używać również i na podstawy do protez płytkowych i na przerzuty podjęzykowe. Na korony jednak materjał ten się nie nadaje — jest zamało podatny.

Raz mieliśmy już analogiczną sytuację w czasie okkupacji niemieckiej. Ja wtedy bardzo szeroko stosowałem zamiast złota srebro, ale s r e b r o c h e m i c z n i e c z y s t e. Mosty wykonywałem w ten sposób. Obrączki do koron sporządzałem z 20 karatowej blachy złotej (stop złota ze srebrem bez miedzi), denka dawałem lane z czystego srebra. Również ze srebra odlewałem bryły mostowe. Lutowałem 18-karatowym lutem złotym. Lutem tym uszczelniałem zarówno denka w koronach, jak i łączyłem korony z przęsłem. Srebro czyste w ustach utrzymywanych porządnie nie czernieje (brak siarkowodoru). Wprawdzie sól kuchenna zawarta w pokarmach, może niekiedy powodować pewne przyciemnienie, ponieważ jednak zależy ono od osadu srebra kolloidalnego, zmywa się bardzo łatwo, a nawet znika już od tarcia warg i języka. Ścieranie się srebra jest minimalne: po kilku latach nie widzi się żadnych uszkodzeń. Mam parę przypadków kilkunastoletniego istnienia brył srebrnych w dostawkach ruchowych bez żadnych niepożądanych zmian. Na jedno tylko należy zwracać baczną uwagę, by było to srebro czyste chemicznie — bez najmniejszych domieszek miedzi. Oczystości srebra można przekonać się, nagrzewając badane srebro do czerwoności. Czyste srebro po takiem nagrzaniu barwy z u p e ł n i e n i e z m i e n i a. Najmniejsza zmiana barwy dowodzi niezbicie obecności domieszek

niepożądanych, głównie miedzi. Ponieważ czystego srebra nie zawsze można dostać, przypomnę tu, jak można je sporządzić sobie w pracowni, co sam niejednokrotnie robiłem, Srebro 84° próby lub inny jakiś stop, zawierający niepożądane domieszki, przetwarzamy w opiłki. Opiłki te rozpuszczamy w słabym kwasie azotowym. Podgrzewanie przyśpiesza reakcję. Na roztwór działamy solą kuchenną. Dosypywanie soli trwa dopóty, aż nowy jej dodatek przestanie w stojącym nad osadem przezroczystym płynie wytwarzać biały osad chlorku srebra.

Osad ten filtrujemy, obficie przemywamy wodą na filtrze, zbieramy go do szklanki, dodajemy sporo wody zakwaszonej kwasem solnym i wkładamy kawałek żelaza np. duży gwóźdź. Żelazo z kwasem solnym wchodzi natychmiast w związek chemiczny. Reakcji tej towarzyszy wydzielanie się wodoru, który *in statu nascendi* rozkłada chlorek srebra na srebro metaliczne i chlor, z którym się łączy, tworząc kwas solny, a ten znów w dalszym ciągu łączy się z żelazem i t. d. aż do nastania równowagi chemicznej, co nastąpi po zupełnem zredukowaniu srebra, charakteryzującem się zniknięciem białego zabarwienia. Osadzone srebro przemywamy wodą gorącą, zakwaszoną kwasem solnym, dla usunięcia śladów żelaza, przesączamy i, dodawszy nieco boraksu, topimy. Tym sposobem otrzymujemy srebro prawie chemicznie czyste. Przy starannej robocie zanieczyszczenia przypadkowe nie przekraczają 0,3%.

Po stopieniu najpraktyczniej srebro płynne zlać do zimnej wody: otrzymuje się metal w postaci różnej wielkości bryłek, szczególniej nadających się do odlewów. *L. Brennejsen.*

IX MIĘDZYNARODOWY KONGRES DENTYSTYCZNY F. D. I. W WIEDNIU

(Komunikat Nr. V).

Komitet przygotowujący Kongres w Wiedniu jest niestrudzenie zajęty pracami przygotowawczemi, któreby o ile możności zapewniły sukces tegoż. Gdyby teraz można już wyrazić jakieś przypuszczenie, można śmiało powiedzieć, że jest nadzieja zaliczenia wiedeńskiego kongresu do najświetniejszych organizowanych F. D. I.

Warunki ku temu zależne od samego Wiednia są dane, względnie zostały ustalone. W dotychczasowych sprawozdaniach Komitetu, wskazano na różne inowacje mające za zadanie, zmniejszenie do minimum niedociągnięć wypływających i do pewnego stopnia nieunik-

nionych dla tegoż rodzaju przedsięwzięcia. Wymienić choćby należy nowoczesną organizację referatów, demonstracyj, jako też możność wysłuchania referatów podług wyboru w językach angielskim, niemieckim i francuskim.

Bezpośredni cel Kongresu t. j. przedstawienie wszelkich postępów z dziedziny stomatologicznej, ujętych w całość, oraz piękno Wiednia i pozostały program zapewniają uczestnikom sowite opłacenie się poniesionych kosztów, Należy się zatem spodziewać, że udział, zwłaszcza ze strony zagranicznych Kolegów, będzie bardzo liczny. Zapowiedzi przyjazdu ze strony związków różnych państw wpłynęły już bardzo obficie.

Do dotychczasowych doniesień prasy należy dodać, że Kongres F. D. I. wzbudza jeszcze większe zainteresowanie, ponieważ po raz pierwszy poruszy się w referatach i dyskusji zagadnienia społeczne i jest nadzieja ostatecznego wyjaśnienia i ustalenia ustosunkowania się F. D. I. (a więc znacznej części lekarzy-dentystów świata) do najważniejszych zagadnień polityki stanu lekarsko-dentystycznego, jak wyszkolenia lekarzy-dentystów, techników dentystycznych i ubezpieczeń społecznych.

Nie ulega wątpliwości, że zagadnienia powyższe jak i natury naukowej, we wszystkich krajach są kwestjami życia i dlatego winny być rozpatrywane przez najliczniejszy zjazd związków stomatologów, podobnie, jak to się dzieje w coraz większej mierze na międzynarodowych zjazdach innych gałęzi wiedzy lekarskiej.

Należy uważać za wybitną zasługę austrjackiej delegacji do F. D. I. przyjęcie powyższych problemów do kompletu zadań F. D. I. Austrjaccy stomatologowie przypuszczają, że przez to F. D .I. zyska ogromnie na znaczeniu dla zrzeszonych w niej międzynarodowych związków.

Wszyscy zatem Koledzy, którzy temi sprawami interesują się (a któż w dzisiejszych czasach tem się nie zajmuje), będą mieli sposobność oświadczenia się także i w tej dziedzinie.

Z tych powodów przybądźcie licznie do Wiednia, do pięknej stolicy naddunajskiej.

Austrjacki związek zaprasza wszystkich zagranicznych Kolegów w gościnę. Przybądźcie licznie, a będziecie się dobrze czuli w Wiedniu i Austrji i zachowacie trwałe wspomnienia ze Zjazdu, przywożąc ze sobą do domu najnowsze zdobycze wiedzy.

AKADEMJA STOMATOLOGICZNA W WARSZAWIE

*) *Dnia 24 marca 1936 r.*

Nr. 907/36.

Do Panów
Redaktora i Wydawcy Przeglądu Dentystycznego
w Warszawie.

W związku z zamieszczoną w Nr. 1 (157) z miesiąca stycznia 1936 r. Przeglądu Dentystycznego odpowiedzią p. t. „Walka o formę a nie treść w studjach stomatologicznych", Rektorat uprzejmie prosi na zasadzie art. 21 dekretu w przedmiocie tymczasowych przepisów prasowych z dn. 7.II.1919 r. (Dz. Pr. 1919 r. Nr. 14 poz. 186) o zamieszczenie w Przeglądzie Dentystycznym załączonego przy niniejszem sprostowania.

Rektor (Prof. dr. *R. Nitsch).*

SPROSTOWANIE

odpowiedzi prof. Cieszyńskiego na artykuł Akademji Stomatologicznej pod tytułem „Walka o formę, a nie treść w studjach stomatologicznych".

Rektorat i kierownicy klinik Akademji Stomatologicznej w Warszawie, stwierdziwszy cały szereg kardynalnych błędów i nieposzanowanie ustawy o szkołach akademickich w odpowiedzi prof. Cieszyńskiego, z konieczności poświęcają czas na jej chociaż częściowe sprostowanie, a mianowicie:

Nieprawdą jest, że artykuł pod tytułem „Walka o formę, a nie treść w studjach stomatologicznych" stanowi odpowiedź na memorjały wydziałów lekarskich Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie i Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Natomiast prawdą jest, że ma on tylko związek z temi memorjałami; celem jednakże artykułu było przedstawienie wogóle sprawy studjów w Akademji Stomatologicznej w świetle prawdy, przechodząc do porządku dziennego nad memorjałami zarówno wymienionych wydziałów, jakoteż i prof. Cieszyńskiego, o istnieniu których władze Akademji urzędowo nie zostały zawiadomione, gdyż autorzy uznali za właściwe nie wtajemniczać Akademji o poczynionych przez nich krokach przeciwko niej.

*) Komitet Redakcyjny, nie mogąc uczynić zadość żądaniu J. M. Rektora Akad. Stom. w „Przeglądzie Dentystycznym", zamieszcza sprostowanie w „Przeglądzie Stomatologicznym" z dość znacznem opóźnieniem.

„Przecież także istnieje pewien „savoir vivre", tak pisze p. Prof. Cieszyński w swym artykule (str. 54 Pol. Stomatol. Nr. 1/1936 wiersz 6 od góry).

Nieprawdą jest, że wymienione memorjały wniesione były z powodu nadania tytułu lekarza-stomatologa absolwentom *b. Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie.*

Natomiast prawdą jest, że nikt z absolwentów b. Państwowego Instytutu Dentystycznego tytułu lekarza stomatologa nie otrzymał.

Aczkolwiek zacytowany przez Prof. Cieszyńskiego w swej odpowiedzi in extenso memorjał wydziału lekarskiego Uniwersytetu J. K. we Lwowie zawiera cały szereg uchybień formalnych i rzeczowych, to jednak Rektorat i kierownicy klinik Akademji Stomatologicznej przechodzą nad nim do porządku dziennego, wstrzymując się od krytyki merytorycznej, gdyż nie mają pewności, czy dokładnie został podany, a metody opierania się na danych, czerpanych o Akademji ze szpalt „Dentystycznych Wiadomości Związkowych" (vide str. 2 wiersz 18-ty od dołu odpowiedzi Prof. Cieszyńskiego), uważają za niewłaściwe i częstokroć prowadzące do zniekształcania faktów, co znalazło wyraz i w przedstawieniu wzoru dyplomu Akademji w odpowiedzi Prof. Cieszyńskiego.

Nieprawdą jest, że władze Państw. Inst. Dent. nie komunikowały się z profesorami katedr stomatologicznych uniwersyteckich w sprawie reformy studjów dentystycznych.

Natomiast prawdą jest, że jeden z profesorów katedr stomatologicznych uniwersyteckich dość czynny brał udział w sprawach reformy Państw. Inst. Dent., jak również prawdą jest, że profesor ten bardzo często zmieniał swoje poglądy, aż wreszcie zastrzegł się, że zrzeka się odpowiedzialności za kierunek pracy i programu studjów w Państw. Inst. Dent. Prawdą jest również, że Akademja Stomatologiczna, pomimo, że była najbardziej zainteresowana w zarzutach, stawianych jej czy to w memorjale wydziału lekarskiego Uniw. J. K., czy też przez profesora stomatologji tego Uniwersytetu, nie została jednak zawiadomiona ani przez wydział, ani też przez profesora o poczynionych przez nich krokach w sprawie dyplomów, wydawanych przez Akademję.

Nieprawdą jest, że Rada Profesorów P. I. D. zmierzała wyłącznie do uzyskania praw uczelni dlatego, że pragnęła przemiany dotychczasowej uczelni na Akademję i to nie „akademję dentystyczną", lecz tylko akademję stomatologiczną, przy zachowaniu dotychczasowego ustroju.

Natomiast prawdą jest, że Rada Profesorów występowała o za-

kademizowanie P. I. D., nie proponując zmiany nazwy szkoły. Jak również prawdą jest, że podniesienie zakresu nauczania do poziomu stomatologji było wyłączną inicjatywą i intencją Ustawodawcy, czemu dano wyraz przez zmianę nazwy uczelni z Państwowego Instytutu Dentystycznego na Akademję Stomatologiczną bez zasięgania opinji Rady Profesorów P. I. D.

Skoro więc ciała ustawodawcze wraz z Rządem nie podzieliły stanowiska pewnych Związków i niektórych Wydziałów Lekarskich, występujących nietylko przeciwko zakademizowaniu P. I. D., ale również i jego istnieniu, co narzucane było w czasie debat w Sejmie i Senacie nad Państw. Inst. Dent., to obecnie zwykła lojalność wobec Państwa nie pozwala na podrywanie powagi zapadłej już uchwały Sejmu i Senatu.

Nieprawdą jest, że w artykule Akademji spotyka się sztuczne argumenty.

Natomiast prawdą jest, że odpowiedź Prof. Cieszyńskiego oparta jest na fałszywych danych, czego dowodzi niniejsze sprostowanie, jak również prawdą jest, że cytowane w odpowiedzi Prof. Cieszyńskiego w cudzysłowie rzekomo ustępy z artykułu Akademji są zniekształcane, jak również zniekształcony figuruje w niej wzór dyplomu z ukończenia Akademji.

Tak np. nieprawdą jest, jakoby w artykule Akademji podano, że „odpowiedzialność za kierunek i program pracy studjów Akademji Stomatologicznej spada na władze tej uczelni, na Rektorat, Prorektorat i Ogólne Zebranie Profesorów...."

Natomiast prawdą jest, że według brzmienia artykułu „odpowiedzialność za kierunek pracy i program studjów w Akademji Stomatologicznej spada na władze uczelni t. j.: Rektora, Prorektora i Ogólne Zebranie Profesorów".

Jest to wprawdzie niewielka różnica; jeśli jednak p. Prof. Cieszyński cytuje wyjątki z artykułu Akademji Stomatol. w cudzysłowie, to każdy ma prawo sądzić, że cytat jest dosłowny.

Nieprawdą jest, że przedstawiciele katedr stomatologicznych warszawskich zamiast iść naprzód, cofnęli się wstecz.

Natomiast prawdą jest, że tylko przy złej woli można nie dostrzec postępu studjów w Akademji Stomatologicznej.

Przeciwnikom tylko Akademji nie jest widocznie znany napływ nawet obywateli państw obcych, jakoto: bułgarskich, czechosłowackich, łotewskich i litewskich na studja do Akademji Stomatologicznej w Warszawie.

Wobec takiego stanu rzeczy, obowiązkiem każdego lojalnego obywatela winna być chęć przyczynienia się do stworzenia z Akademji Stomatologicznej w Warszawie ośrodka, przyciągającego obcych obywateli, a nie dążność do poderwania jej powagi i autorytetu.

Wreszcie stawianie zarzutów profesorom Akademji wbrew ustępowi 2 art. 28 ustawy z dnia 15.III 1933 r. o szkołach akademickich (Dz. U. R. P. Nr. 29 poz. 247) co do sposobu nauczania dyskwalifikuje samego autora odpowiedzi przez nieumiejętność szanowania ustaw.

Dla przypomnienia autorowi odpowiedzi treści ust. 2 art. 28 ustawy cytuje się jego dosłowne brzmienie: „Każdy profesor i docent ma prawo podawania i oświetlania z katedry sposobem naukowym według swego naukowego przekonania zagadnień, wchodzących w zakres tej gałęzi wiedzy, której jest przedstawicielem. Posiada on też swobodę wyboru metod wykładów i ćwiczeń".

Nieprawdą jest, że niektórzy członkowie Zebrania Ogólnego Profesorów z natury rzeczy nie mogą swobodnie dysponować swoim głosem.

Natomiast prawdą jest, że według przepisu wszyscy członkowie Zebrania Ogólnego Profesorów mają jednakowe prawo głosu decydującego.

Nieprawdą jest, że nie zażądano innych wyższych kwalifikacyj od wstępujących na studja do Akademji.

Natomiast prawdą jest, że od wstępujących na studja wymaga się poza świadectwem dojrzałości i znajomości języka łacińskiego, również zdania egzaminu kwalifikacyjnego (wstępnego), jak również prawdą jest, że więcej od wstępujących na studja nie żąda żadna inna szkoła akademicka.

Nieprawdą jest, że o propozycji, znajdującej się wśród projektów Prof. Cieszyńskiego, która jest prawie identyczna z tem, co już w roku 1924 proponowali Prof. Nitsch i Dr. Meissner, zapominało Zebranie Ogólne Profesorów.

Natomiast prawdą jest, że propozycje te uznano za nieaktualne. Jak również prawdą jest, że w chwili przemianowania P. I. D. na Akademję Stomatologiczną brakło zrozumienia ale u Prof. Cieszyńskiego co do reformy studjów drogą ewolucji.

Nieprawdą jest, że artykuł był podpisany przez Rektorat i Kierowników Akademji Stomatologicznej.

Natomiast prawdą jest, że pod artykułem „Walka o formę a nie treść w studjach stomatologicznych" figuruje podpis: „Rektorat i Kierownicy Klinik Akademji Stomatologicznej".

Nieprawdą jest jakoby wiadomem było dobrze wszystkim profesorom wykładającym w Akademji Stomatologicznej, że Prof. Cieszyński walczył o prawa akademickie P. I. D. i nie chciał podkopać jego istnienia.

Natomiast prawdą jest, że Prof. Cieszyński często zmieniał swoje zdanie co do akademizacji P. I. D. i jego istnienia, jak również prawdą jest, że ostatnio Prof. Cieszyński zdecydowanie dążył do zamknięcia P. I. D., a zatem chciał go zburzyć, nie mając możności stworzenia czegoś lepszego, gdyż projekty Jego są zupełnie nie na czasie, a niektóre z nich nawet nie do zrealizowania.

Nieprawdą jest, że nadanie tytułu lekarza-stomatologa absolwentom Akademji Stomatol. jest zamachem na prawa stomatologów, t. j. absolwentów Wydziałów Lekarskich.

Natomiast prawdą jest, że prawo zwyczajowe nie zna dotychczas takiej anomalji, ażeby kończącym szkołę, nadawano tytuł niezgodny z charakterem i nazwą uczelni. Jak również prawdą jest, że dyplomanci Akademji Medycyny Weterynaryjnej otrzymują tytuł lekarza weterynarji, dyplomanci Akademji Górniczej — inżyniera górniczego, Wydziału Filozoficznego—magistra filozofji i t. d. Z tytułu przeto prawa zwyczajowego, jak również z uwagi na program studjów w Akademji Stomatol., obejmujący zakres leczenia nietylko schorzeń samych zębów, ale jamy ustnej i szczęk, najwłaściwszym istotnym odpowiednikiem zakresu działania wychowanków Akademji jest tytuł lekarz-stomatolog.

Nieprawdą jest, że Rada Profesorów nie zdaje sobie sprawy z tego, co należało uskutecznić przed wydawaniem tytułu lekarz-stomatolog absolwentom Akademji Stomatologicznej.

Natomiast prawdą jest, że Zebranie Ogólne Profesorów Akademji zrobiło wszystko, co do niego należało, a o czem nie wie, jak zresztą o wielu rzeczach z życia Akademji, Prof. Cieszyński.

Nieprawdą jest, że nieznajomość stosunków w zawodzie lekarsko-stomatologicznym wzgl. lekarsko-dentystycznym członków Rady Profesorów Akademji Stomatologicznej doprowadziła do uchwały nadania tytułu lekarza-stomatologa dyplomantom Akademji Stomatologicznej.

Natomiast prawdą jest, że Zebranie Ogólne Profesorów Akademji Stomatologicznej, jako naczelna władza jedynej tego rodzaju szkoły w kraju, jest najkompetentniejsze w sprawach zawodu lekarsko-stomatologicznego wzgl. lekarsko-dentystycznego. Jak również prawdą jest, że jakiekolwiek bądź dążenie Rad Wydziałowych innych szkół akademickich, a tembardziej niektórych poszczególnych członków tych

Rad, do ograniczenia kompetencji Akademji jest pogwałceniem jej autonomji wbrew ustawie o szkołach akademickich.

Nieprawdą jest, że władze dawnego P. I. D. po wejściu w życie nowej ustawy o szkołach akademickich przemalowały tylko dawny napis na Akademję Stomatologiczną i zastanawiały się długo nad organizacją wewnętrzną i opracowaniem statutu.

Natomiast prawdą jest, że władze nowej Akademji Stomatologicznej niezwłocznie przystąpiły do reformy studjów, dążąc do podniesienia ich programu do zakresu zdecydowanie stomatologicznego. Jak również prawdą jest, że ze szczegółowym projektem statutu Akademji Rektorat wystąpił do Ministerstwa w lipcu 1934 r.

Nieprawdą jest, że w P. I. D. byli przedewszystkiem ci kandydaci, którzy nie zostali przyjęci na studja wyższe w uniwersytetach.

Natomiast prawdą jest, że co roku wiele osób starało się o przeniesienie z uniwersytetów na studja do P. I. D. i że zaledwie część tych starających się mogła być uwzględniona.

Nieprawdą jest, że w warunkach P. I. D. każdy uboczny wpływ wypaczał zasadniczy kierunek.

Natomiast prawdą jest, że usilne dążenia Prof. Cieszyńskiego do wywierania przesadnego wpływu na kierunek P. I. D. zostało należycie ocenione przez władze uczelni, w rezultacie czego udało się ten wpływ uchylić.

Następstwem jednak odsunięcia Prof. Cieszyńskiego od mieszania się do spraw Akademji Stomatologicznej są obecne wystąpienia Jego przeciwko Akademji, czy to bezpośrednio, czy też za pośrednictwem Związku Lekarzy P. P., redakcji Polskiej Stomatologji, a nawet niektórych Wydziałów Lekarskich.

Podobnych uchybień możnaby wytknąć w odpowiedzi Prof. Cieszyńskiego cały szereg jeszcze. Należałoby jednak przypuszczać, że i te wystarczą autorowi odpowiedzi do zreflektowania się i występowania w przyszłości w sprawach studjów stomatologicznych w sposób właściwy, zarówno co do formy, jak i treści, jakby tego wymagał omawiany przez Niego „savoir vivre".

Rektorat i Kierowcy klinik Akademji Stomatologicznej uważają na tem rzecz za skończoną i na żadne dalsze zaczepki P. Prof. Cieszyńskiego w tej sprawie odpowiadać nie będą.

Rektorat i Kierownicy Klinik Akademji Stomatologicznej.

Warszawa, dnia 23.III. 1936 r.

Tłoczono w Zakładach Graficznych B. WIERZBICKI i S-KA w Warszawie, Chmielna 61, tel. 246-93 i 246-94